THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contirbutionletu0015adol

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Janvier 1907, à 1 heure

PAR

Adolphe FELICIANO

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉNINGITE OURLIENNE

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges { MM. DIEULAFOY, *professeur*
BERGER, *professeur*
MARION, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL, BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU, TERRIER, BERGER, RECLUS
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BUDIN, PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERTHEIMER

Professeur à la Faculté de Lille
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A TOUS MES MAITRES
DE LILLE ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

La Méningite Ourlienne

INTRODUCTION

Les oreillons sont une affection bénigne, la plus bénigne peut-être des maladies infectieuses. Sans doute, les complications possibles au cours des oreillons sont nombreuses, mais elles ne mettent guère la vie du malade en danger ; de la plus fréquente parmi ces complications, l'orchite, ce qu'il faut surtout redouter, c'est l'atrophie testiculaire consécutive. Les complications nerveuses des oreillons, souvent inquiétantes par leurs allures cliniques, ne font pas exception à cette loi de bénignité ; leur terminaison est très habituellement favorable. Il nous a paru intéressant d'étudier la méningite ourlienne, parce que c'est une variété de méningite importante à bien connaître et à rattacher

à son étiologie ; de plus cette étude a un grand intérêt pour ce qui est de la pathologie générale des méninges, de nombreux travaux ayant été consacrés récemment à ces réactions méningées au cours des maladies infectieuses, travaux qui permettent, à l'heure actuelle, une compréhension satisfaisante de ces cas cliniques fréquemment observés.

Pendant que nous suivions le service de M. le professeur Hutinel à l'hospice des Enfants-Assistés, nous avons eu l'occasion de voir un cas de méningite ourlienne ; l'observation en fut publiée par MM. Nobécourt et Brelet à la Société de Pédiatrie. C'est alors que nous nous sommes proposé de rechercher les divers travaux parus sur ce sujet et d'en faire l'objet de notre thèse. Le Dr Nobécourt, chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés, nous y encouragea ; nous le remercions de ses conseils et de la bienveillance qu'il nous a témoignée.

M. le professeur Hutinel a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui offrons le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE I

Historique

L'apparition d'accidents nerveux au cours des oreillons n'avait pas manqué d'attirer l'attention des anciens observateurs. Hamilton les mentionnait dès 1761, rapportant même un cas de mort par complications cérébrales : un jeune homme de vingt-deux ans est pris, au deuxième jour de la maladie, de délire et de folie furieuse, il succombe le troisième jour. Pas d'autopsie.

Frenel (1812), Malabouche (1867), Niémeyer (1869) décrivent ces accidents cérébraux, mais sans grands détails.

En 1867, Laveran reçoit au Val-de-Grâce un malade pour lequel il est sur le point de diagnostiquer une méningite de la convexité, par suite de symptômes reconnus bientôt de nature ourlienne, à l'apparition d'une orchite.

Dans une très complète étude sur les oreillons, présentée comme thèse à Montpellier en 1877, Gailhard consacre un important chapitre à ces complica-

tions méningitiques et cérébrales ; il les compare aux accidents du rhumatisme cérébral. On trouve dans cette thèse l'historique de la question et plusieurs observations inédites.

On peut ensuite signaler une bonne revue générale de Longuet (1885), dans laquelle est rapporté un cas mortel avec autopsie, de méningite séreuse ourlienne, dû à Maximovitch.

La même année, Lannois et Lemoine publient un important mémoire sur ce même sujet, ils rapportent un cas où les accidents méningitiques des oreillons furent suivis d'aphasie et d'hémiplégie droite, n'ayant guéri qu'après plusieurs mois. Lannois et Lemoine considèrent ces accidents comme sous la dépendance de lésions méningées, d'ordre congestif ou inflammatoire accompagnées quelquefois de lésions de l'encéphale. Malgré le petit nombre d'autopsies, la méningite ourlienne semble donc avoir rang dans la nosologie pathologique.

Mais, voici qu'en 1894, Dupré propose le terme de *méningisme* « pour désigner l'ensemble des symptômes éveillés par la souffrance des zones méningo-corticales et indépendantes de toute altération anatomique saisissable ». En l'absence habituelle d'autopsies, il était naturel de faire rentrer les accidents nerveux des oreillons dans le cadre du méningisme. C'est ce qui fut fait. Et Lamouroux, publiant dans sa thèse en 1902 deux observations inédites d'accidents méningitiques chez des malades atteints d'oreillons, les intitule méningisme.

Avec la ponction lombaire, permettant de faire pour ainsi dire une biopsie du liquide céphalo-rachidien, la question du méningisme, et des pseudo-méningites entra dans une phase nouvelle. Dans l'article Maladies des méninges du *Traité de Médecine et de Thérapeutique* (1902), le professeur Hutinel l'a mise au point d'une façon remarquable et les travaux parus depuis cette date n'ont fait que confirmer cette doctrine. L'infection des méninges ou plutôt l'atteinte des méninges soit par des germes, soit par des toxines, donne lieu à une série de phénomènes allant de la congestion à l'exsudat et à la transformation purulente ; il y a donc des méningites séreuses et congestives ; le groupe du méningisme (manifestation clinique sans aucune lésion matérielle) doit être aujourd'hui singulièrement restreint. La preuve des lésions matérielles des méninges nous est fournie par la constatation de modifications diverses du liquide céphalo-rachidien.

Les premières ponctions lombaires, faites sur des malades atteints d'oreillons par René Monod, lui montrèrent la présence fréquente d'une abondante lymphocytose ; mais cet auteur ne fait que signaler le fait dans sa thèse. C'est à Chauffard et Boidin que sont dues les premières observations de méningite ourlienne avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (1904). Leur communication à la Société médicale des hôpitaux incita à rechercher plus attentivement les moindres signes de réaction méningée dans les oreillons ; et Netter, Comby, Sicard, Dopter, Nobé-

court et Brélet, soit à cette même Société, soit à la Société de Pédiatrie ; Bentzon, Laache à l'étranger rapportèrent un certain nombre d'observations, quelques-unes avec ponction lombaire. Avec les faits anciens, constitués surtout par des manifestations cérébrales bruyantes, et les faits nouveaux, dans lesquels une symptomatologie souvent discrète dépend d'une véritable méningite (la ponction lombaire en fournit la preuve), il est possible de décrire la méningite ourlienne.

CHAPITRE II

Étiologie

Les conditions étiologiques, connues actuellement comme ayant un rôle dans la production d'accidents nerveux au cours des oreillons, ne peuvent guère se rapporter qu'au terrain sur lequel évolue l'affection. Pour ce qui est en effet du germe, nous connaissons trop peu et trop mal le microbe des oreillons (microbes décrits par Capitan et Charrin, Laveran et Catrin, Michaelis et Bein, enfin récemment par Teissier et Esmein) pour savoir dans quelles circonstances ce germe est plus ou moins virulent, ou fabrique des toxines plus ou moins nocives aux centres nerveux.

Un fait sur lequel avaient insisté les anciens cliniciens est l'apparition fréquente des symptômes cérébraux ou méningitiques, dans les cas d'oreillons avec orchite (Hamilton, Gailhard) ; on retrouve en effet l'orchite signalée dans bon nombre d'observations (Monro, Liégeois, Lamouroux, Deydier). Mais on peut se demander si l'explication de la coïnci-

dence, orchite et méningite, ne résulte pas de ce que les oreillons avec localisation testiculaire sont une forme plus grave que les oreillons se limitant aux glandes salivaires, et par conséquent il n'est pas étonnant que la localisation méningée soit dans ce cas plus fréquemment observée. D'ailleurs il n'y a pas une relation constante entre l'orchite et la méningite ourlienne.

C'est ainsi que chez les enfants, presque indemnes de localisation ourlienne testiculaire, les réactions méningées sont assez souvent observées et elles le sont chez les enfants des deux sexes. On sait que l'enfant a un système nerveux impressionnable qui réagit facilement dans toutes les maladies infectieuses ; la pneumonie cérébrale est le type de cette réaction, mais nous pourrions en citer bien d'autres, ne serait-ce que les convulsions si fréquentes au début de toute infection. L'enfant se comporte donc, au cours des oreillons, comme dans les autres cas.

En résumé, on peut voir survenir des accidents méningitiques au cours des oreillons chez les enfants et chez les adolescents ou adultes, mais dans ce dernier cas presque exclusivement chez les hommes et lorsque les oreillons ont été ou vont se localiser au testicule.

CHAPITRE III

Symptômes et Diagnostic

Les symptômes que l'on peut observer dans la méningite ourlienne sont nombreux, ce sont, en effet, tous ceux qui font partie du tableau clinique des méningites aussi bien aiguës que tuberculeuses. Mais ce qu'il faut mettre en évidence, et ce qui ressort de la lecture des observations, c'est que le groupement de ces symptômes est essentiellement variable ; il n'y a guère deux observations qui se ressemblent à ce point de vue; pour la marche de la maladie, même irrégularité, il est impossible de fixer ici des périodes comme on le fait classiquement pour la méningite tuberculeuse et comme on a essayé de le faire pour les méningites aiguës. Nous sommes donc forcé de procéder par analyse, de décrire successivement les divers symptômes possibles au cours d'une méningite ourlienne; nous essaierons ensuite de montrer les différents types suivant lesquels ces symptômes peuvent être associés.

Le *début* de la méningite ourlienne est quelquefois assez brusque, mais il a lieu à des époques très variables de la maladie. Certains malades sont pris avant toute tuméfaction parotidienne de délire nocturne, d'agitation, de quelques secousses convulsives. Ces phénomènes surtout fréquents chez les nerveux correspondent sans doute à une réaction méningée anatomique, mais ne sauraient être, actuellement, décrits avec la méningite, car on ne fait guère la ponction lombaire dans ces conditions dès les premières heures de la maladie, du moins nous n'en avons pas trouvé d'exemple. Le plus habituellement, c'est un malade soigné pour oreillons qui vers le deuxième ou troisième jour de la maladie est pris d'une céphalée intense, avec abattement et élévation de la température ; assez souvent, nous l'avons dit, c'est avant ou après une localisation testiculaire que les accidents cérébraux apparaissent ; enfin on peut voir (Dopter, Sicard, Comby), les complications nerveuses survenir à une période tardive, du huitième au dixième jour, alors que l'infection paraissait éteinte.

Le *trépied méningitique* est rarement au complet ; on le trouve cependant signalé par Lamouroux et par Comby. La céphalalgie est presque constante ; les nausées et vomissements assez fréquents ; c'est la constipation qui est, des trois symptômes, la moins habituellement notée ; d'ailleurs cette constipation ne saurait avoir ici, dans la majeure partie des cas, l'importance qu'elle a dans la méningite tubercu-

leuse ; les phénomènes méningitiques étant habituellement passagers et leur évolution courte, on ne peut retrouver la constipation tenace et prolongée, la rétraction du ventre en bateau, qui n'appartiennent qu'aux formes subaiguës.

Avec le début des phénomènes méningés, on note toujours une *élévation de la température*, soit une exacerbation de l'état fébrile préexistant, soit une nouvelle poussée de fièvre chez un malade dont la température était revenue à la normale. Quelquefois, la température atteint les environs de 40 degrés, mais parfois l'ascension thermique est moins grande et ne dépasse guère 39 degrés. Dans la plupart des observations, la *fréquence du pouls* n'est pas proportionnelle au degré de la fièvre, il existe un désaccord entre la température et le pouls, ce dernier relativement peu accéléré, dans quelques cas même c'est une véritable *bradycardie*. Gailhard insistait déjà en 1877 sur ce ralentissement du pouls, et rapportait des cas de pouls ralenti jusqu'à 44 et 40 pulsations à la minute. Tous les auteurs qui ont étudié plus récemment la méningite ourlienne attirent l'attention sur ce symptôme (Chauffard et Boidin, Dopter). Elsasser a vu le pouls tomber à 50 pulsations à la minute, alors que la température était à 39 degrés. Laache cite un cas de 68 pulsations pour une température de 39°2. Le pouls est quelquefois irrégulier (Gailhard), ou instable ; il variait de 80 à 96 en l'espace de quelques minutes dans une observation de Nobécourt et Brelet.

Les irrégularités de la respiration sont rares, et ne se voient guère que dans les formes grave (Maximovitch), cependant Lamouroux a vu la respiration irrégulière dans un cas qui se termina par la guérison.

Les phénomènes d'excitation cérébrale, qui se manifestent souvent dès le début, sont d'ordre intellectuel, moteur et sensitif. Le *délire* est signalé surtout dans les observations anciennes ; c'est quelquefois un délire violent, une véritable folie furieuse (Hamilton) ; un malade de Liégeois avait un délire entrecoupé d'accès de désespoir, puis d'un délire religieux ; un malade de Deydier était tellement agité qu'il fallait quatre hommes pour le maintenir ; malheureusement dans toutes ces observations (sauf un cas de Maximovitch) il n'y eut pas d'autopsie, il reste donc un certain doute au sujet du diagnostic. Les observations plus récemment publiées et indiscutables de méningite ourlienne concernent des cas à symptomatologie moins bruyante ; on lit dans plusieurs que le malade était agité, mais il n'y est pas question de délire.

L'excitation motrice se traduit par des *contractures* et des *convulsions*. Ces dernières n'ont pas grand intérêt dans la méningite ourlienne ; elles sont rarement observées. Au contraire, les contractures méritent de nous arrêter un instant, car c'est dans les contractures qu'il faut chercher deux des meilleurs signes de la méningite ourlienne : la raideur de la nuque et le signe de Kernig.

La raideur de la nuque plus ou moins prononcée existe dans presque tous les cas. La recherche du *signe de Kernig* est au moins aussi importante ; on l'exécutera par le procédé classique (faire asseoir le malade dans son lit, les genoux se fléchissent et une pression assez forte ne peut vaincre cette flexion), ou mieux par le procédé que recommande Netter : le malade étant couché, on fléchit la cuisse sur l'abdomen, mais la jambe ne peut être étendue. Le signe de Kernig est à peu près constant dans les méningites aiguës ; on a élevé des doutes sur sa valeur pathognomonique en faisant remarquer qu'on le rencontre dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie ; mais on peut se demander si, dans ces derniers cas, ce signe n'est pas précisément révélateur d'une réaction méningée.

L'excitation sensitive ne paraît jamais très intense dans la méningite ourlienne, quelques malades ont une légère *hyperesthésie* cutanée et sensorielle ; la *photophobie* est quelquefois assez prononcée.

Les *troubles oculaires* (strabisme, diplopie, mydriase, immobilité ou inégalité des pupilles) sont inconstants. L'examen du fond de l'œil a été rarement pratiqué dans la méningite ourlienne : on sait que, d'après Quincke, l'hyperémie papillaire est un symptôme important des méningites séreuses. Dans deux observations de Chauffard et Boidin, l'examen des yeux ne fit rien constater d'anormal.

Des *paralysies* peuvent survenir qui frappent soit les nerfs crâniens, soit les membres. Mais leur étude

est assez difficile, car la pathogénie de ces paralysies n'est pas toujours la même ; certaines d'entre elles sont tout à fait indépendantes de la méningite. Pour la *paralysie faciale* par exemple, signalée dans les oreillons par Revilliod, Daireaux, Couraud et Petges, elle peut être expliquée souvent par la compression du tronc nerveux résultant de l'hypertrophie parotidienne. Mais quand cette paralysie faciale coïncide avec d'autres paralysies des nerfs crâniens, quand elle est accompagnée d'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, il est évident qu'elle est en rapport avec une méningite ourlienne. Il en était ainsi dans un cas de Dopter (*Soc. méd. des Hôp.*, 29 juillet 1904), et d'après cet auteur « le rôle directement pathogène de l'inflammation méningée semble pouvoir être admis ».

Les autres nerfs crâniens peuvent être atteints, d'où névrite optique, paralysie du droit interne, du voile du palais, d'où certaines surdités. Dans une observation de Sicard, c'était le trijumeau ; le processus méningé de la base avait gagné le ganglion de Gasser et le malade avait un zona localisé à gauche de la face ; le liquide céphalo-rachidien renfermait de nombreux lymphocytes et il existait d'autres signes de méningite (vomissements, raideur de la nuque, signe de Kernig).

De même en ce qui concerne les paralysies des membres (monoplégie, hémiplégie) quelques-unes apparaissent en même temps que les symptômes cérébraux et méningés et peuvent persister après la

guérison de ceux-ci ; ainsi un malade de Lannois et Lemoine eut pendant plusieurs mois de l'aphasie et une hémiplégie droite, qui était bien une séquelle de la méningite ourlienne. Mais il faut rappeler, qu'en dehors des paralysies liées à des lésions de l'encéphale consécutives à la méningite, les oreillons peuvent provoquer des paralysies flasques avec abolition des réflexes par le mécanisme de la névrite périphérique (Joffroy, Herber, Zahorsky).

Nous avons dit qu'on ne pouvait distinguer dans la méningite ourlienne des périodes comme dans d'autres méningites, le plus habituellement en effet tout se borne à des symptômes d'excitation, et le malade n'arrive pas à la période dite de dépression. C'est exceptionnellement que l'agitation cesse, que le malade tombe dans la torpeur et le coma ; si ces symptômes surviennent, la méningite ourlienne ne diffère en rien des autres méningites : le coma s'installe, entrecoupé de quelques mouvements convulsifs, de soubresauts des tendons, de délire. La température s'élève, le pouls devient irrégulier. En même temps la respiration présente aussi des irrégularités, elle prend parfois le type de Cheyne-Stokes, le malade se cyanose et succombe soit dans le coma, soit au milieu de phénomènes convulsifs (Elsaesser).

Nous avons décrit tous les symptômes que l'on peut observer dans la méningite ourlienne. Mais leur groupement et leur évolution, très variables selon les cas, permettent de distinguer trois types de méningite ourlienne : la forme fruste, la forme à symp-

tomatologie assez complète, mais à évolution favorable, plus ou moins rapide vers la guérison, enfin la forme grave mortelle.

La méningite ourlienne fruste est souvent tellement atténuée qu'il faut, pour la diagnostiquer, en rechercher de parti-pris les symptômes et compléter l'examen clinique par la ponction lombaire et la cytologie du liquide céphalo-rachidien. Les observations de Chauffard et Boidin en sont le type : il s'agit de malades qui présentent une élévation de température, de la céphalée, et du ralentissement du pouls. Ces faits sont donc intéressants par la lymphocytose rachidienne, qui permet de les faire rentrer dans le groupe des méningites, mais cliniquement on pourrait dire que ce sont à peine des méningites.

Dans d'autres cas, le diagnostic de méningite s'impose, on est en présence d'un nombre suffisant de symptômes pour y songer immédiatement. C'est un malade qui a de la céphalée et des vomissements ; à, l'examen on trouve de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, la bradycardie. Ces symptômes constituent un ensemble commun à presque tous les cas de ce groupe. Il s'y ajoute tantôt des troubles oculo-pupillaires, tantôt des paralysies, quelquefois de l'agitation et du délire. Après deux à trois jours, la céphalée diminue, la température revient à la normale en même temps que le pouls revient aux environs de 70 à 80. Le malade entre en convalescence ; c'est très rarement qu'il persiste de l'apha-

sie, de l'hémiplégie (Janson-Zuéde, Sorel, Lannois et Lemoine), de l'agraphie avec difficulté de la parole et incertitude de la marche (Monro).

Enfin, dans la forme grave, les accidents du début assez analogues à ceux de la forme précédente, mais plus bruyants ne rétrocèdent pas. Le malade a un délire violent, une température très élevée, quelquefois des convulsions, et il meurt souvent rapidement dans les conditions que nous avons relatées plus haut. Malheureusement, de ces cas mortels, un seul a été suivi d'autopsie ; aussi faut-il faire des réserves sur quelques-unes de ces observations de méningite ourlienne mortelle.

Le *diagnostic* de la méningite ourlienne est plus ou moins difficile selon les cas. Dans la méningite fruste, il repose en grande partie sur les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Pour les autres circonstances, Hudelo (1) indique trois diagnostics différentiels : Il peut y avoir eu coïncidence de lésions méningées comme dans un cas d'Antony, où l'autopsie fit reconnaître une méningite tuberculeuse ; les phénomènes de délire et même de coma peuvent relever de l'alcoolisme, comme Ferrand l'a observé ; enfin il est vraisemblable que dans quelques cas on était en présence de pseudo-méningite hystérique.

---

1. Art. Oreillons. *Nouveau traité de méd. et de thér.* fasc. IX.

La *ponction lombaire* permet de solutionner, au moins en partie, ces difficultés. Le liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, s'écoule tantôt lentement en gouttes, tantôt sous pression moyenne. Il est le plus habituellement clair ; dans une seule observation de Chauffard et Boidin, le liquide était *nettement trouble*. Ce liquide est légèrement albumineux, mais l'examen le plus important est celui du culot après centrifugation. Etalé et coloré selon les techniques habituelles, ce culot apparaît constitué par des lymphocytes plus ou moins abondants ; dans la plupart des cas, c'est une lymphocytose pure ; dans un seul cas de Dopter (*Soc. méd. des Hôp.*, 25 mars 1904), on trouve des polynucléaires plus nombreux même que les lymphocytes. Cette lymphocytose est bien l'indice d'une localisation méningée et non le fait de l'évolution normale de l'infection ourlienne (Chauffard et Boidin) ; en effet un malade, observé par ces deux auteurs, ponctionné au quatrième jour de la maladie, avait un liquide normal, tandis qu'au neuvième jour, une lymphocytose considérable était constatée, en même temps qu'apparaissaient des signes cliniques méningitiques. Le Dr Nobécourt, ayant pratiqué un certain nombre de ponctions lombaires chez des enfants atteints d'oreillons à l'hospice des Enfants-Assistés, a pu également s'assurer que les oreillons, non compliqués de phénomènes méningés, ne déterminent pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

La constatation d'une lymphocytose chez un ma-

lade atteint de phénomènes méningés permet donc d'établir qu'il existe réellement une méningite et d'éliminer les méningites qui s'accompagnent d'une polynucléose du liquide céphalo-rachidien. Mais la lymphocytose étant commune à la méningite tuberculeuse et à la méningite ourlienne, le diagnostic différentiel entre ces deux méningites ne peut être fait par cette méthode d'examen ; ce sont alors les circonstances étiologiques et la notion d'une parotidite ou d'une orchite ourlienne accompagnant ou ayant précédé de peu l'apparition des accidents méningés, qui permettent de faire le diagnostic de méningite ourlienne.

Peut-être l'examen bactériologique et les cultures du liquide céphalo-rachidien pourront-ils servir désormais à faire ce diagnostic. On sait en effet que Teissier et Esmein ont récemment décrit comme agent pathogène des oreillons un microcoque dont voici les principaux caractères : Les cocci sont variables de dimension (0 μ 6 à 1 μ 5) : ils sont isolés ou réunis en diplocoques, accolés au nombre de trois ou nettement disposés en tétrades régulières ; on voit plus rarement des chaînettes et exceptionnellement des amas zoogléiques. Ce microbe se colore bien par les couleurs d'aniline et prend le Gram. Les cultures en série sur bouillon donnent peu à peu un dépôt qui devient plus visqueux et trouble plus ou moins le bouillon. Les cultures en série sur gélose donnent un enduit crémeux, vernissé, blanc grisâtre, parfois citrin. Ce microbe doit être rangé

parmi les microcoques tétragènes septiques (Teissier et Esmein). Ces auteurs ayant retrouvé le microcoque tétragène dans le liquide céphalo-rachidien d'un oreillard, il sera intéressant de savoir si l'examen du liquide céphalo-rachidien permettra de faire le diagnostic bactériologique de la méningite ourlienne.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique et pathogénie

L'anatomie pathologique de la méningite ourlienne nous retiendra pas longtemps ; en effet, nous n'avons trouvé qu'un cas avec autopsie : c'est celui de Maximowitch, publié en Russie en 1880, et relaté dans un travail de Longuet que nous avons déjà eu l'occasion de citer. On trouva la surface du cerveau œdémateuse et violacée, les sillons comblés par un exsudat séro-fibrineux, avec hyperémie du cervelet et de la moelle, en un mot les caractères de la méningite séreuse.

La méningite ourlienne semble donc devoir être décrite avec les méningites séreuses étudiées par Quincke en 1893, méningites séreuses qui seraient aux méningites suppurées à peu près comme les pleurésies séreuses sont aux pleurésies purulentes (Guinon). L'inflammation des méninges se traduit d'abord par de la *congestion*, puis par un *exsudat* séreux qui devient séro-fibrineux. Les lésions du cerveau sont généralement peu marquées dans ces

méningites séreuses ; il se fait un exsudat interstitiel avec migration plus ou moins abondante de leucocytes. Mais on peut voir de petites extravasations sanguines, formant à la surface de l'encéphale un piqueté hémorrhagique, ou même de véritables ramollissements de la substance cérébrale ; ces lésions sont sous la dépendance des altérations vasculaires. Les cas de méningite ourlienne suivie d'aphasie, d'hémiplégie, indiquent qu'en plus des lésions méningées d'ordre congestif ou inflammatoire disparaissant rapidement, il peut se produire des lésions de l'encéphale, plus graves, encéphalite ou ramollissement (Lannois et Lemoine).

En l'absence d'autopsie, la preuve de l'existence de la méningite ourlienne nous est fournie par les modifications du liquide céphalo-rachidien, constatées après ponction lombaire. Depuis que cette nouvelle méthode d'examen est entrée dans la pratique « le méningisme perd du terrain et ce terrain est gagné par les méningites séreuses (Hutinel) ». La présence d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien et surtout la présence de nombreux lymphocytes indiquent, à n'en pas douter, des modifications anatomiques. On peut se demander pourquoi la méningite ourlienne donne une réaction méningée à lymphocytes, alors que dans beaucoup de méningites aiguës on trouve des polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien. Chauffard et Boidin rapprochent cette lymphocytose de la formule hématologique des oreillons. Dans l'infection ourlienne, existe une hyperleucocytose

modérée, et l'augmentation des globules blancs porte surtout sur les mononucléaires dont le pourcentage s'élève à 50 ou 60 pour 100 (Sacquépée). La double mononucléose du sang et du liquide céphalo-rachidien serait une réaction cytologique, homologue et connexe, provoquée par une même infection spécifique. Au contraire, le pneumocoque provoque des réactions polynucléaires aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Pour expliquer l'atteinte des méninges par un germe ou une toxine d'origine ourlienne, Chauffard et Boidin, se basant sur la location basilaire du processus méningitique qui existait dans leurs observations, avaient émis l'hypothèse que l'inflammation des parotides pouvait gagner de proche en proche les méninges basilaires par voie lymphatique ou sanguine. Mais il est d'autres cas où les signes cliniques révèlent une atteinte des méninges de la convexité et des méninges spinales ; le signe de Kernig en fournit la preuve. Il faut donc plutôt admettre un processus toxique ourlien général frappant l'ensemble des méninges.

Nous ne pouvons savoir, d'une façon certaine, à l'heure actuelle, si cette méningite ourlienne est bactérienne ou non bactérienne. Dans plusieurs cas le liquide céphalo-rachidien fut ensemencé sans résultats ; mais Teissier et Esmein ont signalé récemment (Soc. de Biologie, 12 mai 1906) qu'ils avaient trouvé le microcoque des oreillons, décrit par eux, dans le liquide céphalo-rachidien d'un oreillard atteint d'une

forme bénigne de méningite cérébro-spinale. La question nécessite donc de nouvelles recherches dans ce sens ; on sait que, pour les autres méningites séreuses, les unes paraissent amicrobiennes et dues à une vaso-dilatation avec œdème d'origine toxémique, tandis que dans certains cas on a trouvé des germes divers en cultivant et en inoculant le liquide céphalo-rachidien.

Quoi qu'il en soit, la méningite ourlienne est absolument comparable aux autres méningites qui peuvent venir compliquer les diverses maladies infectieuses. Toutes ces complications méningitiques, bien connues au point de vue clinique depuis fort longtemps, sont aujourd'hui classées parmi les méningites qui peuvent guérir. Tous les degrés existent depuis les infections atténuées, passagères des méninges jusqu'aux infections plus intenses qui aboutissent à la suppuration. C'est ce qui s'observe dans la pneumonie (Netter, Weichselbaum, Adenot), dans les diverses infections aiguës de l'appareil respiratoire chez l'enfant (Nobécourt et Voisin), dans la fièvre typhoïde (Widal, Méry et Babonneix, Achard et Paisseau), dans la grippe (Peters, Le Gendre et Terrien), dans la scarlatine (Dufour et Giroux) et même dans la rougeole (Dopter). Ces symptômes, dits autrefois de pseudo-méningite ou de méningisme qui surviennent si souvent dans les maladies infectieuses, correspondent dans la plupart des cas à une véritable méningite, comme on peut s'en assurer par le cyto-diagnostic, et ainsi se trouve cons-

tituée toute une série de gravité croissante allant des méningites frustes aux méningites mortelles aussi bien dans les oreillons que dans les autres infections.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement

Le pronostic de la méningite ourlienne est, dans l'ensemble, plutôt favorable. Sans doute quelques cas de mort ont été signalés, surtout par les auteurs anciens, mais s'agissait-il toujours dans ces cas de méningite ourlienne ? On peut en douter, la ponction lombaire n'étant pas pratiquée à cette époque et l'autopsie n'ayant généralement pu être faite. Ces accidents méningés peuvent donc parfois effrayer; ce sont de ces cas auxquels s'applique la phrase de Trousseau relative aux complications des oreillons : « désordres généraux de la nature la plus insolite, qui viennent épouvanter les familles, déconcerter les médecins, et jeter dans des voies thérapeutiques qui peuvent être singulièrement périlleuses ». Mais, le plus souvent, la méningite reste séreuse et les symptômes disparaissent assez rapidement.

La possibilité de séquelles telles qu'aphasie, hémiplégie, doit toutefois être envisagée ; mais les observations en sont rares. Enfin, en ce qui concerne

l'avenir du malade, Chauffard et Boidin font encore une réserve : « De plus en plus, on tend à étendre en neurologie le rôle pathogène de l'infection, à se demander si l'apparition tardive de myélites lentes, de scléroses en plaques, ne peut pas être l'aboutissant d'infections antérieures de l'axe cérébro-spinal. Il est *possible* que dans ce déterminisme infectieux, il convienne de réserver une place aux oreillons. »

Le traitement de la méningite ourlienne est celui de toute méningite non suppurée, et voici comment il doit être institué : Le moyen d'action le plus efficace consiste dans l'emploi de bains chauds, de 38° à 40°, d'une durée de huit à dix minutes, répétés plusieurs fois par jour (Hutinel). Carrière recommande même des bains chauds prolongés de une à deux heures. La ponction lombaire est souvent utile pour soulager le malade, diminuer la céphalalgie, faire cesser momentanément les contractures.

Les émissions sanguines au moyen de sangsues appliquées derrière les oreilles ou de ventouses scarifiées posées le long du rachis, ont souvent une réelle utilité bien qu'elles ne jouissent plus de la même faveur qu'autrefois (Hutinel). Enfin, applications fraîches sur la tête, calomel, bromure de potassium ou chloral, peuvent également être employés avec avantage.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée) (1)

(Gailhard, Thèse de Montpellier, 1877)

Auguste J.., vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 9 février 1876. Il est malade depuis six jours : oreillons compliqués d'orchite.

9 février. — Le malade a des frissons et de la fièvre, des nausées.

10 février. — Son intelligence est engourdie ; il se plaint de céphalalgie. Quand il se lève, il titube. Température 38° 6. Pouls 88.

11 février. — La stupeur continue ; un peu de raideur du cou.

12 février. — La stupeur diminue ; température 37°. Pouls 60.

Les jours suivants, amélioration progressive et guérison complète.

OBSERVATION II (résumée)

(Maximowitch, cité par Longuet, *Union médicale*, 1885. T. 40.)

Au cours d'une parotidite, un malade est pris de frissons et

1. Il nous a semblé inutile de rapporter toutes les observations anciennes ; nous nous sommes contenté d'en résumer quelques-unes.

de céphalée ; la face s'injecte, les pupilles sont dilatées. Délire toute la nuit. Température 40°. Le malade tombe dans le coma et meurt après avoir présenté une respiration de Cheyne-Stokes.

Autopsie. — La surface du cerveau est œdémateuse et violacée, des sillons sont comblés par un exsudat séro-fibrineux adhérant aux membranes et entourant les troncs nerveux à leur origine comme des fourreaux. La pie mère se détache mal du tissu cérébral ; hyperémie du cervelet et de la moelle ; en un mot : méningite séreuse.

OBSERVATION III (résumée)

(Liégeois, *Progrès médical,* 3 octobre 1891.)

P..., vingt-cinq ans, neurasthénique, est atteint d'oreillons qui se compliquent le 26 avril 1891 d'une orchite droite.

Deux jours après, 28 avril, je vois le malade qui a les traits tirés, les pupilles égales ; à chaque instant, il se tourne vers l'entourage, prononçant ces mots : « pardon, mes chers parents ; pardon, mes amis ».

29 et 30 avril. — Même accès de désespoir.

2 mai. — Surviennent des convulsions cloniques des membres avec un délire furieux ; raideur de la nuque ; constipation. La fièvre est vive ; pouls 124, irrégulier.

3 mai. — Délire religieux, grande agitation ; par instants, le malade cherche à mordre. Pouls 120.

4 mai. — Incontinence d'urine ; pas de selles.

10 mai. — Etat demi-comateux.

11 mai. — Coma complet et mort dans la nuit du 11 au 12.

OBSERVATION IV (résumée)

(Lamouroux, Thèse de Paris, avril 1902.)

Mlle X..., âgée de vingt-cinq ans, étudiante, a le 13 mai un gonflement parotidien accompagné le 15 mai d'oreillons sous-maxillaires.

17 mai. — Céphalée, vomissements, constipation.

18 et 19 mai. — La malade, très prostrée, a de la photophobie. Raideur de la nuque. Pouls lent, faible et irrégulier ; respiration irrégulière, signe de Kernig.

20 mai. — Amélioration. Toutefois, des douleurs dans la nuque et la colonne dorsale persistent jusqu'au 26 mai.

OBSERVATION V (résumée)

(Lamouroux, Thèse de Paris, 1902.)

X..., vingt-trois ans, a les oreillons en avril 1901 ; orchite le quatrième jour.

Le neuvième jour, excitation cérébrale, céphalée, constipation, délire, pas de vomissements.

Les phénomènes pseudo-méningitiques ont persisté pendant dix jours.

OBSERVATION VI (résumée)

(Deydier. — *Bull. de la Soc. méd. chir. de la Drôme*, mai 1904.)

X..., cultivateur, trente-cinq ans, sans antécédents pathologiques.

1er avril. — Oreillons bénins.

6 avril. — Gonflement du testicule gauche, et le lendemain le testicule droit augmente aussi de volume.

Du 7 au 10 avril, le malade reste au lit. Le 10 avril, il se sent mieux et se lève. Mais, à 11 heures du soir, il est pris d'une agitation extrême, a un délire violent avec hallucinations ; il faut quatre hommes pour le maintenir.

Je suis appelé le 11 au matin. Le malade est très agité, aussi est-il impossible de prendre la température, mais à l'évaluation à la main, elle dépasse 40 degrés ; pouls très petit à 140 ; délire, convulsions. Quand on interroge le malade, il ne répond pas ou reprend le dernier mot de la question posée, puis revient à son délire. Pas de vomissements ; rien aux poumons ni au cœur ; le testicule droit est encore un peu gros.

Traitement : bains froids à 30 degrés, lavement purgatif.

Le malade est resté agité jusqu'au soir, puis il est tombé dans le coma et est mort dans la nuit, trente-six heures après le début des accidents cérébraux.

OBSERVATION VII (résumée)

(Chauffard et Boidin. — *Soc. méd. des Hôp.*, 25 mars 1904.)

M..., vingt-sept ans, cocher, entre à l'hôpital Cochin, le 11 février 1904. Il s'agit d'oreillons absolument nets. Intégrité absolue des autres organes. Température 38°2 ; pouls 85.

Du 15 au 20, la température descend, le gonflement parotidien diminue.

Dans la nuit du 19 au 20, le malade dort mal et se plaint de céphalée.

Le 20, au matin, température 37°9. On examine tous les organes sans découvrir la cause de cette céphalée et de cette élévation de température : pas de douleurs testiculaires, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, Babinski en flexion. Les yeux, examinés par M. Roche, sont absolument normaux.

21 février. — Insomnie et légère céphalée, 38°8 le matin, 38°5 le soir ; pouls à 56.

22 février. — Température, 37° ; le malade a dormi, se sent bien. Du 22 au 26 février, il s'achemine vers la convalescence ; le pouls reste lent entre 56 et 60. Le malade a maigri de 2 kgr. 1/2 pendant ces derniers jours.

26 février. — Convalescence, pouls à 80. Le malade sort guéri le 2 mars.

Quatre ponctions lombaires ont été faites :

La première, au quatrième jour de la maladie. Liquide normal.

La seconde, au neuvième jour (alors qu'il existait de la céphalée, de l'hyperthermie, du ralentissement du pouls) : liquide *nettement trouble ;* culot abondant constitué par des lymphocytes en nombre considérable. Liquide très légèrement albumineux,

La troisième, au onzième jour. Liquide moins trouble ; culot un peu moins abondant. Lymphocytose pure à éléments plus petits et un peu moins nombreux. Cryoscopie 0,65.

La quatrième, au dix-neuvième jour. Liquide clair ; lymphocytose pure, encore abondante.

Le liquide de la troisième portion a été ensemencé sans résultats.

OBSERVATION VIII (résumée)

(*Chauffard et Boidin.*)

Jean Dul... trente-six ans, entre à Cochin le 2 décembre 1903. Oreillons le 24 novembre 1903. Orchite le 26 novembre. A l'entrée, malade abattu, face vultueuse ; température 41° 2.

Le 3 décembre, au matin, 38°8 ; pas de céphalée, pas de Kernig, pas de vomissements. Pouls ralenti (68). L'examen des yeux, pratiqué par M. Roche, ne donne lieu qu'à des constatations négatives.

Les 4 et 5 décembre, l'état s'améliore ; l'orchite est moins douloureuse. La température tombe à la normale. Le pouls est toujours lent : il descend à 52.

Le pouls reste quelques jours entre 52 et 60, puis se relève pour se maintenir autour de 70.

Sept ponctions lombaires ont été pratiquées.

Au neuvième jour de la maladie. — Liquide clair, légèrement albumineux ; lymphocytose pure et abondante.

Au douzième jour, au trente-troisième jour, lymphocytose abondante. Puis la lymphocytose diminue ; cependant à la septième ponction (au quatre-vingt-neuvième jour) on trouve encore quelques lymphocytes.

OBSERVATION IX (résumée)

(Chauffard et Boidin. — *Soc. méd. des Hôp.*, 6 mai 1904.)

L. A..., vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Cochin le 11 avril 1904. Il est au premier jour de la maladie.

Les 12, 13 et 14 avril. — Le pouls descend progressivement jusqu'à cinquante-cinq pulsations à la minute.

On note une inégalité pupillaire assez marquée ; la pupille gauche est plus large que la droite. Il n'existe d'ailleurs aucun autre signe de réaction méningée.

Le 14 avril. — La convalescence s'installe. La céphalée, l'inégalité pupillaire n'existent plus. Le pouls remonte peu à peu, puis se tient entre 70 et 80.

Deux ponctions lombaires ont été pratiquées.

La première le 11 avril (premier jour de la maladie) : Liquide clair, lymphocytose pure et assez abondante.

La deuxième, le 19 avril (neuvième jour de la maladie) ; Liquide claire, il n'existe plus de lymphocytose.

OBSERVATION X (résumée)

(Dopter. — *Soc. méd. des Hôp.*, 29 juillet 1904.)

M..., garde républicain, trente et un ans.

Le 25 mai 1904. — Oreillons, avec phénomènes généraux peu marqués.

Le 27 mai. — Le gonflement parotidien avait complètement disparu. Les jours suivants, apyrexie complète.

Le 10 juin. — Température 39°2, céphalée occipitale ; dans l'après-midi orchite ourlienne.

Entré au Val-de-Grâce. Orchite double ; température 39°5, pouls ralenti, 70 pulsations à la minute. Céphalée à peine marquée ; pas de vomissements, ni de constipation. Un peu d'agitation, pas de délire.

Paralysie faciale gauche, avec déviation de la langue à gauche, hémiparésie droite du voile du palais.

Examen des yeux : mydriase du côté gauche, parésie de l'accommodation.

Pas de signe de Kernig.

Ponction lombaire : Liquide clair, sans hypertension, renfermant une quantité de leucocytes.

11 juin. — Mêmes symptômes.

12 juin. — Chute de la température à 36°5. Pouls 66.

20 juin. — Deuxième ponction lombaire. La lymphocytose est moins considérable. Dans les jours qui suivent, atténuation progressive des symptômes dont la face est le siège.

1er juillet. — Troisième ponction lombaire ; lymphocytose très discrète.

3 juillet. — Le malade part en convalescence ne gardant aucune séquelle, que la mydriase qui s'est cependant amoindrie, et une très légère déviation de la langue.

OBSERVATION XI (résumée)

(Sicard. — *Soc. méd. des Hôp.*, 17 février 1905.)

Garçon de douze ans. En septembre 1904, oreillons. Le quatrième jour il est examiné à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades : Enfant abattu, se plaignant de céphalée. Température 38°3, pouls 64 ; Kernig léger. L'enfant ne reste pas à l'hôpital.

Neuf jours après, il revient se faire hospitaliser pour une éruption de la face datant de la veille. C'est un zona localisé à gauche (nerfs sus-orbitaire et auriculo-temporal). Le soir, vomissements, légère raideur de la nuque ; signe de Kernig. Température 38°5, pouls 70.

Le lendemain, ponction lombaire : liquide limpide, extrêmement riche en lymphocytes.

Les signes cliniques méningés disparaissent assez rapidement. Les vésicules de zona se sèchent. Guérison.

Une seconde ponction lombaire faite dix-sept jours après la première ne révélait que l'existence d'une légère lymphocytose.

OBSERVATION XII (résumée)

(Netter. —*Soc. méd. des Hôp.*, 17 février 1905. p. 140.)

J'observe en ce moment chez un de mes enfants un cas d'oreillons dans lesquels la réaction méningée est des plus manifestes.

L'enfant, âgé de neuf ans, revenait de classe le 14 février à midi se plaignant de douleurs très violentes dans le dos, les reins et les jambes. Le signe de Kernig était très marqué des deux côtés. Le thermomètre dépassait 40 degrés.

La tuméfaction des deux parotides d'ailleurs très notable ne s'est montrée que vingt-quatre heures plus tard. Les jours suivants, nous avons noté de petites secousses brusques des muscles de la face et du bras gauche en même temps que la persistance du signe de Kernig, des douleurs du rachis, de la nuque et des membres. Les bains chauds à 40 degrés amenèrent la sédation qu'ils nous procurent généralement dans les méningites. Le pouls a toujours été fréquent et en rapport avec la température.

Je n'ai pas jugé utile de pratiquer la ponction lombaire à laquelle je n'ai, du reste, jamais eu recours à l'hôpital chez mes petits malades atteints d'oreillons. Il me paraît certain, néanmoins, que le liquide cérébro-spinal a renfermé et renferme

encore des lymphocytes et que nous avons eu affaire ici à une détermination méningitique de l'infection ourlienne.

OBSERVATION XIII (résumée)

(Nobécourt et Brelet. — *Soc. de Pédiâtrie*, novembre 1905.)

Jeanne F..., douze ans, entrée à l'hospice des Enfants-Assistés le 25 septembre 1905. Oreillons au deuxième jour.

Le 26 septembre, céphalée intense et vertige ; un vomissement. A l'examen on constate une légère raideur de la nuque et le signe de Kernig très net. Pupilles contractées mais réagissant à la lumière, réflexes rotuliens diminués. Température 39°5 ; pouls relativement lent (80) et très instable, variant de 80 à 96 en quelques minutes.

Ponction lombaire : liquide clair, sans hypertension et contenant de nombreux lymphocytes.

27 septembre. — Raideur de la nuque et Kernig plus marqués. Température 39 degrés, pouls 96. Les réflexes patellaires sont abolis.

28 septembre. — La tuméfaction parotidienne commence à diminuer. Céphalée beaucoup moins intense. Le signe de Kernig persiste ainsi qu'une légère raideur de la nuque, 38°6, pouls 100.

29 septembre. — Seconde ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien ne contient plus que de très rares lymphocytes.

30 septembre. — Tous les symptômes de méningite ont disparu. L'enfant est ensuite atteinte de fièvre typhoïde, pendant laquelle aucun symptôme n'est apparu pouvant faire supposer

une nouvelle atteinte des méninges. Les réflexes patellaires, après être restés longtemps très faibles, sont redevenus normaux.

OBSERVATION XIV (résumée)

(Comby. — *Soc. de Pédiâtrie*, novembre 1905, p. 286.)

J'ai vu, il y a quelques mois, un cas de méningite ourlienne chez un garçon de dix ans. Cet enfant présenta tous les symptômes de la méningite tuberculeuse : céphalée, constipation, vomissements, décubitus en chien de fusil, raideur de la nuque... J'appris que l'enfant avait eu les oreillons huit jours auparavant. Je dis au père, médecin, que la ponction lombaire ne nous éclairerait pas, la lymphocytose étant à prévoir en cas de méningite ourlienne et de méningite tuberculeuse. J'opinai pour la méningite ourlienne. En effet, quelques jours après, l'enfant était guéri.

CONCLUSIONS

1° La méningite ourlienne s'observe chez les enfants, les adolescents ou les adultes, et dans ce dernier cas presque toujours lorsque les oreillons s'accompagnent d'orchite.

2° Dans certains cas, les symptômes méningés sont peu nombreux, peu bruyants, et la méningite passerait facilement inaperçue si l'on ne pratiquait la ponction lombaire qui permet de constater une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Dans d'autres, la méningite ourlienne est caractérisée par un ensemble de symptômes suffisant pour que le diagnostic clinique de méningite s'impose.

3° Cette méningite guérit dans la plupart des cas et généralement sans séquelles.

4° Elle est à rapprocher des méningites observées dans les diverses maladies infectieuses, et qui doivent être aujourd'hui considérées comme de véritables méningites et non plus comme des pseudo-méningites. La méningite ourlienne a en effet une existence clinique et anatomique.

Vu : le Président de la thèse.
HUTINEL

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Paisseau. — Accidents méningés avec lymphocytose arachnoïdienne dans la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 15 avril 1904, p. 329.

Bentzon. — Et Tilfœlde af meningitis after parotitis. *Hospitalstitende*, 13 sept. 1905, p. 880.

Bertazzoli. — Parotite e meningismo. *Gazz. degli osp. a delle clin.*, 9 août 1904.

Carrière. — Traitement des oreillons. *Le Nord médical*, 1er juin 1905.

Chauffard et Boidin. — Deux cas de méningite lymphocytique dans les oreillons. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 25 mars 1904, p. 319.

Chauffard et Boidin. — Un nouveau cas de méningite ourlienne fruste avec bradycardie et inégalité pupillaire. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 6 mai 1904, p. 477.

Comby. — Les oreillons. 1 vol. Collect. Charcot-Debove, 1893.

— Art. oreillons. *Traité des maladies de l'enfance*, t. I, 1904.

— *Soc. de Pédiâtrie*, novembre 1905, p. 286.

Concetti. — Méningites aiguës non tuberculeuses. *XIIIe Congrès int. de méd.* Paris, 1900.

Courtellemont. — Contribution à l'étude des accidents ner-

veux consécutifs aux méningites aiguës simples. Thèse de Paris, décembre 1904.

Deydier. — Complication des oreillons. Accidents cérébraux. Mort. *Bull. de la Soc. méd. chir. de la Drôme*, mai 1904, p. 112.

Dopter. — Paralysie faciale ourlienne. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 29 juillet 1904, p. 912.

— *Soc. méd. des Hôpitaux*, 17 février 1905, p. 138.

Dufour et Giroux. — De quelques symptômes nerveux au cours de la scarlatine. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 31 mars 1905, p. 299.

Elsaesser. — Ueber eine seltene Complication bei Parotitis epidemica. *Die med. Woch.*, 1901, n° 28, p. 309.

Ferrand. — Un cas d'oreillons compliqué. *Soc. méd. des Hôp.* 9 mars 1894, p. 180.

Gailhard. — Etude sur la maladie appelée oreillons. Thèse de Montpellier, juin 1877, n° 41.

Gallavardin. — Complications nerveuses des oreillons. *Gaz. des Hôp.*, 17 déc. 1898, n° 144.

Gillet. — Mort subite dans un cas d'oreillons. *Gaz. des Hôp.*, 6 déc. 1873.

Glénereau. — Sur une épidémie d'oreillons compliqués d'accidents cérébraux. *Bull. gén. de thér.*, t. CVI, 1884, p. 464.

Guinon. — Art. Oreillons. *Traité de Médecine*, t. II, 1899.

— Art. Maladies des méninges. *Traité de Médecine*, 2e éd., t. IX, 1904.

Hamilton. — *London Med Journ.*, t. IX.

Herber. — Contribution à l'étude de la paralysie ourlienne. Thèse de Paris, avril 1899.

Hudelo. — Art. Oreillons. *Nouveau traité de Méd. et de Thér.*, fasc. IX, 1905.

Hutinel. — Art. Maladies des méninges encéphaliques. *Traité de Méd. et de Thér.*, t. IX, 1902.

— Les méningites non suppurées (méningisme, méningites séreuses). *Revue mens. des Mal. de l'Enfance*, avril 1902, p. 145.

Joffroy. — De la paralysie ourlienne. *Progrès méd.*, 20 nov. 1886.

Laache. — Om pseudo-meningitiske, tilstande med udgang i helbredelse. *Norsk Mag-for Lœgevid*, 1906, n° 2, p. 153.

Lamouroux. — Contribution à l'étude du méningisme. Thèse de Paris, avril 1902.

Lannois et Lemoine. — Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons. *Arch. de Neurologie*, vol. XI, 1885, p. 1.

Laveran. — Art. Oreillons. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XVII.

Le Gendre et Terrien. — Réaction méningée atténuée avec lymphocytose au cours de la grippe. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 6 mai 1904, p. 479.

Liégeois. — Contribution à l'étude des manifestations cérébrales et méningitiques des oreillons. *Progrès méd.*, 3 octobre 1891, p. 241.

Longuet. — Des lésions des divers organes et appareils dans les oreillons. *Union médicale*, 1885, t. XXXIX, p. 673 et 725, t. XL, p. 121.

Malabouche. — Etude sur la maladie désignée généralement sous le nom d'oreillons. Thèse de Montpellier, avril 1867, n° 14.

Monod (R.). — Réactions méningées chez l'enfant. Thèse de Paris, 1902.

Monro. — Case of parotitis followed by orchitis and meningitis ; high temperature, recovery. *The Lancet*, août 1883, p. 280.

Mya. — Méningites aiguës non tuberculeuses. *XIIIe Congrès int. de méd.*, Paris, 1900 (Section de méd. de l'Enfance).

Netter. — Méningites aiguës non tuberculeuses. *XIIIe Congrès int. de méd.* Paris, 1900.

— *Soc. méd. des Hôpitaux*, 17 fév. 1905, p. 140.

Nobécourt. — Art. Oreillons. *Précis de médecine infantile*, 1907.

Nobécourt et Brelet. — Méningite ourlienne avec lymphocytose céphalo-rachidienne. *Soc. de Pédiâtrie*, novembre 1905.

Peters. — *Presse médicale*, 2 août 1902, p. 741.

Sainton et Voisin. — Le signe de Kernig. *Gaz. des Hop.*, 27 août 1904, n° 97.

Sicard. — Un cas d'oreillons avec zona du trijumeau et lymphocytose rachidienne. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 17 février 1905, p. 135.

Teissier et Esmein. — Etude bactériologique de 45 cas d'oreillons. *Soc. de Biologie*, 12 mai 1906.

— La séro-agglutination dans les oreillons. *Soc. de Biologie*, 26 mai 1906.

Trenel. — Thèse de Strasbourg, 1812.

Trousseau. — *Clinique médicale*, t. I, p. 252.

Zahorsky. — Case of multiple neuritis following mumps. *Interstate med. Journ.*, sept. 1903.

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris.